

лечебная физкультура, направленные на улучшение реологии крови, укрепление венозной стенки, стимуляцию кровотока в конечности. Оперативные вмешательства: эндоваскулярная окклюзия (ЭО) питающих сосудов сферами и цилиндрами гидрогеля, как самостоятельно, так и в сочетании с селективным фототермолизом патологических образований, склерозирование патологических участков венозного русла конечности, криодеструкции холодной газовой струей патологических изменений кожи. В случаях кровотечения из тазовых органов, в качестве лечебной процедуры, нами выполнялась ЭО. У 38,47% пациентов, после проведенной ревизии глубоких вен области поражения и иссечения эмбриональной вены, нами было отмечено появление в отдаленном периоде артериовенозного шунтирования микрофистулезного характера.

Результаты и обсуждение. Примененный нами диагностический алгоритм показал свою значимость и гибкость в выборе тактики обследования и лечения. Наличие участков ангиокератоза, пигментных невусов, гипертрихоза свидетельствуют о тяжести поражения или о наступившей декомпенсации сосудистых нарушений. Разработана методика консервативной реабилитации указанных кожных проявлений, включающая курсы хлоридно-натриевых ванн и обработку измененной кожи кремом на основе мочевины и салициловой кислоты. Эндоваскулярная окклюзия, помимо ликвидации угрозы кровотечения или остановки самого кровотечения, позволяет снизить регионарную флегмогипертензию, уменьшив артериальный приток к пораженному сегменту. Проведенное пилотное исследование качества жизни у пациентов с СКТ выявило наибольшее влияние на качество жизни со стороны таких проявлений, как кровотечения и лимфорея из участков ангиокератоза, а также кровотечения при мочеиспускании и дефекации. Все методы лечения носят паллиативный характер и не позволяют устранить причину нарушения гемодинамики. Следует отметить, что роль ангиографии как диагностической процедуры имеет тенденцию к снижению в пользу дуплексного сканирования с цветным картированием кровотока. Однако сохраняется место ангиографического исследования как «золотого стандарта».

Выводы. На сегодняшний день невозможна полная и радикальная коррекция порока, однако ранняя диагностика и своевременно начатое лечение позволяют корректировать формирование сосудистого русла в антенатальном периоде, смягчая проявления патологии; ангиографическое исследование должно выполняться для визуализации сосудистого русла в случаях неэффективности цветного дуплексного сканирования. Консервативная терапия является основным методом лечения СКТ, а компрессионная терапия является основным методом консервативного лечения; решение об удалении эмбриональной вены, склерозировании вариксов и участков ангиокератоза возможно только после «тренировки» глубоких вен на фоне консервативного лечения и оценки адекватности оттока в пораженном сегменте и в конечности в целом.

Потапов М.П., Паращенко А.Ф.

ЭНДОВАЗАЛЬНАЯ ЛАЗЕРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ ПРИУСТЬЕВОГО СЕГМЕНТА БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ

*Ярославский государственный
медицинский университет,
г. Ярославль, Российская Федерация*

Актуальность. Результаты эндоваскулярной лазерной облитерации (ЭВЛО) в лечении варикозной болезни нижних конечностей (ВБНК) в настоящее время сопоставимы с таковыми при прямых хирургических вмешательствах и не исключают рецидив варикоза. Одной из причин возврата заболеваемости может оказаться сохраняющаяся после ЭВЛО культя большой подкожной вены (БПВ). На этом основании, разработка наиболее эффективного способа фототермолиза приустьевой зоны БПВ позволит повысить надежность ЭВЛО.

Цель. На основании клинических и ультразвуковых данных установить наиболее оптимальный режим эндоваскулярной лазерной коагуляции БПВ в приустьевом сегменте.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения в амбулаторных условиях 98 пациентов с ВБНК бассейна БПВ (98 нижних конечностей) в НУЗ «ДКБ на станции Ярославль» ОАО РЖД в 2013 году с применением метода ЭВЛО. Мужчин было 28% (27/98), женщин – 72% (71/98), возраст от 23 до 65 лет, мода возраста 34 года (ИР – 27–52). Распределение пациентов по клиническому классу согласно базовому варианту классификации CEAP до операции: C2 – 63%, C3 – 21%, C4 – 14%, C5 – 2%, GSV – 100%, Pr – 100%. Известно, что для повышения эффективности ЭВЛО следует увеличить линейную плотность энергии (ЛПЭ) лазера. Однако при повышении мощности лазерной эмиссии на рабочей части световода может наступить карбонизация, что негативным образом влияет на ЭВЛО. Наиболее важным этапом ЭВЛО по устранению стволового рефлюкса является качественная коагуляция проксимального сегмента БПВ.

Проведен сравнительный анализ результатов ЭВЛО БПВ с использованием разных режимов: 1 группа – 53 случая (диаметр проксимальной части БПВ от 6 мм до 18 мм, приустьевой сегмент БПВ обрабатывался однократным прохождением световода); 2 группа – 45 случаев (диаметр проксимальной части БПВ от 8 мм до 22 мм, приустьевой сегмент БПВ на протяжении 5-10 см обрабатывался двухкратным прохождением световода). Исследуемые группы были сопоставимы по полу, возрасту и структуре ВБНК в соответствии с клиническими классами CEAP. ЭВЛО во всех группах проводилась с использованием диодного лазерного аппарата «ЛАМИ-Гелиос» с регулируемой мощностью от 1 до 12 Вт и длиной волны 1470 нм, радиальным световодом two-ring, со скоростью автоматической трaкции 0,7 мм/сек и ЛПЭ на одно прохождение – 114-143 Дж/см.

Результаты и обсуждение. В ближайшем по-

слеоперационном периоде оценивалась выраженность болевого синдрома по ВАШ на 1, 4, 7 и 14 сутки. В отдаленном периоде при наблюдении не менее 1 года (т.е. периода необходимого для наступления абляции вены) определялось наличие или отсутствие варикозного синдрома, оценивались УЗ-данные — наличие ретроградного кровотока, признаки абляции или реканализации вен, подвергнутых ЭВЛО. Для статистического анализа применялись критерии — U-тест Манна-Уитни, точный критерий Фишера. Различия статистически значимы при $p < 0,05$.

Болевой синдром по ВАШ в исследуемых группах в динамике составил соответственно 1) $1 - 2,2 \pm 0,6$; $4 - 2,0 \pm 0,5$; $7 - 1,4 \pm 0,4$; $14 - 0,7 \pm 0,3$; 2) $1 - 1,9 \pm 0,5$; $4 - 1,8 \pm 0,4$; $7 - 1,5 \pm 0,4$; $14 - 0,8 \pm 0,3$. «Лазерная кроссэктомия» (отсутствие культи БПВ любой протяженности) достигнута соответственно: 1) 74% (39/53); 2) 89% (40/45); абляция вены на всем протяжении ЭВЛО: 1) 98% (52/53); 2) 100% (45/45). В первой группе в одном случае потребовался сеанс эхо-склеротерапии переднего приустьевых притока в связи с наличием рефлюкса. В обеих группах осложнений ЭВЛО не зарегистрировано.

Выводы. Таким образом, двухкратная обработка приустьевых сегментов БПВ посредством радиального волокна two-ring повышает надежность ЭВЛО (1470 нм) без риска получения осложнений.

*Потапов В.А., Сюсюка В.Г., Шапран Н.Ф.,
Нечухаева И.А., Серболов Д.В.*

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ С ВЕНОЗНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*Днепропетровская медицинская академия,
Запорожский государственный
медицинский университет,
Клинический санаторий «Великий Луг»,
г. Днепропетровск, г. Запорожье, Украина*

Актуальность. Актуальность проблемы лечения варикозной болезни (ВБ) и ее осложнений чрезвычайно высока, что обусловлено высокой частотой распространения данной патологии и ее социальной значимостью. Именно поэтому Всемирная организация здравоохранения включила ее в список «болезней цивилизации» (Савельев В.С. и соавт., 2001). Важно отметить, что развитие хронической венозной недостаточности (ХВН) связывают, в том числе, и с варикозной болезнью, основной причиной возникновения которой у женщин считается беременность (Аржанова О.Н., 2006; Серов В.Н. и соавт., 2012).

Цель. Дать оценку эффективности комплексного лечения и реабилитации беременных с венозной патологией на этапе их санаторного оздоровления.

Материал и методы. В исследование включено 35 женщин с ВБ, ХВН в стадии компенсации

и субкомпенсации, находившихся на санаторном оздоровлении во II и III триместрах беременности. Санаторную реабилитацию беременных с ВБ проводили согласно плана оздоровления, которая регламентирована стандартами (Владимиров А.А. и соавт., 2004; Лобода М.В. и соавт., 2010) санаторно-курортного лечения (диетотерапия, лечебная физкультура, климатотерапия, бальнеотерапия и другие виды гидротерапии, кислородотерапия, физиотерапевтические методы лечения, в том числе гидролазерный душ) и дополнена психотерапией беременных, включающей ауто-тренинг, цветотерапию, психорелаксацию и физиопсихопрофилактическую подготовку к родам. При ведении данного контингента беременных, с целью коррекции венозной патологии, применялись эластическая компрессия нижних конечностей и назначение препаратов вентонического действия, а именно диосмина, который входит в состав препарата «Флебодиа 600». Контрольную группу составили 30 беременных без соматической патологии.

До начала лечения и после его окончания проводилась оценка клинической симптоматики данной патологии, исследование показателей периферической гемодинамики с использованием диагностического комплекса «ReoCom». Исследование маркеров окислительной модификации белков (ОМБ) оценивали в сыворотке крови спектрофотометрическим методом при длине волны 270 нм для АФГ (алифатические альдегиддинитрофенилгидразоны основных аминокислотных остатков) и 363 нм для КФХ (карбонильные динитрофенилгидразоны основных аминокислотных остатков). Степень спонтанной ОМБ выражали в единицах оптической плотности на 1 грамм белка (ед.оп.пл.) (Halliwell B., 1999). Состояние антиоксидантной системы защиты определяли по уровню активности супероксиддисмутазы (СОД), что занимает центральное место в системе ферментативной антиоксидантной защиты организма (Чевари С., Чаба И., 1998). Клинико-биохимическое обследование включало лабораторное обследование, которое осуществлялось в динамике по стандартным методикам, с определением показателей сосудисто-тромбоцитарного и коагуляционного звеньев гемостаза. Для оценки функционального состояния плода проводилась непрямая кардиотокография.

Вариационно-статистическая обработка результатов осуществлялась с использованием лицензированных стандартных пакетов прикладных программ многомерного статистического анализа "STATISTICA 6.0" (лицензионный номер AXXR712D833214FAN5).

Результаты и обсуждение. Большинство беременных (74,3%) с ВБ предъявляли жалобы на наличие отеков нижних конечностей, которые сопровождалась ощущением напряжения. При объективном осмотре в динамике лечения уменьшились отеки и размер варикозно-расширенных вен и узлов, а по результатам клинико-биохимического обследования не выявлено активации коагуляционного звена гемостаза. Предложенная схема лечения способствовала